THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André DELLAC

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Maternité de Tenon
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Né à Dompierre-les-Ormes (Saône-et-Loire), le 25 juillet 1886

LA FORME FRISSONNANTE

DE LA

PHLÉBITE TYPHIQUE

Étude Clinique et Pathogénique

Président : M. THOINOT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LYON

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLLARD
(Hôpital Saint-Pothin, 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TEISSIER
(Hôtel-Dieu, 1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY
(Hôtel-Dieu, 1909-1910)

PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO
(Hôpital Broca, 1909-1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON
(Enfants-Malades, 1910-1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE
(Hôpital Laënnec, 1910-1911)

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE
(Maternité de Tenon, 1911-1912)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET
(Hôpital Trousseau, 1911-1912)

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ
(Hôpital de la Pitié, 1912-1913)

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON
(Hôpital Bichat, 1913)

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

Membre de l'Académie de médecine

En respectueux hommage.

LA FORME FRISSONNANTE
DE LA
PHLÉBITE TYPHIQUE
(ETUDE CLINIQUE ET PATHOGENIQUE)

INTRODUCTION

La phlébite typhique est une complication bien connue de la convalescence de la fièvre typhoïde. Elle a fait l'objet de nombreux travaux et il semble qu'il n'y ait plus rien à ajouter. Cependant si la forme type ne mérite pas de description nouvelle il y a place pour une étude d'ensemble établissant les rapports entre les grands accès fébriles avec frissons survenant au cours de la défervescence ou de la convalescence de la dothiénentérie et l'évolution ultérieure d'une phlébite. C'est à préciser ces relations et à attirer l'attention sur un nouveau type de phlegmatia, la forme frissonnante, que nous avons consacré ce travail sous l'inspiration de notre maître le Dr Talamon.

HISTORIQUE

Depuis 1721, époque où Mauriceau décrivit le premier dans son *Traité des maladies des femmes accouchées*, l'enflure blanche douloureuse des nouvelles accouchées, jusqu'à l'année 1823 où parut le mémoire de Bouillaud intitulé de *l'Oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles*, la phlegmatia alba dolens apparut comme une affection spéciale aux femmes en couche. Bouillaud dans *les Archives générales de médecine* rapporte des observations d'hydropisie partielle des membres inférieurs et des membres supérieurs aussi bien chez des cancéreux, des tuberculeux, des typhiques que chez les accouchées.

Entre autres faits donnés par l'auteur à l'appui de son opinion, nous relevons les deux observations suivantes :

La première est celle d'une femme âgée de vingt et un ans qui, au troisième septénaire d'une fièvre ataxo-adynamique, fut prise d'un gonflement douloureux de la jambe gauche. A l'autopsie on trouva la veine fémorale de ce côté oblitérée par un caillot qui remontait jusqu'à la veine cave.

La deuxième, citée d'après Breschet auquel elle avait été communiquée par le Dr Raiken, concerne un jeune garçon de quatorze à quinze ans atteint d'une fièvre adynamique continue. Il eut les membres abdominaux, surtout le droit, infiltrés et douloureux. A l'ouverture du cadavre, on vit que les veines iliaques primitives étaient oblitérées par des caillots.

Dans les années suivantes Louis, Forget, Andral, Chomel signalèrent des œdèmes survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. Chomel décrit avec assez de précision certains des symptômes cliniques de la phlébite typhique. « Parmi les accidents, dit-il, qui surviennent pendant la dothiénentérie, nous signalerons l'œdème des extrémités inférieures. Le plus souvent cet œdème est si peu appréciable qu'il ne fixe même pas l'attention du malade et disparaît à mesure que le sujet reprend ses forces et ses habitudes. Dans quelques cas il est plus prononcé et même est accompagné d'un peu de douleur et d'une légère élévation de température. C'est autour des malléoles qu'apparaît ordinairement cet œdème, d'où il gagne la jambe, au-dessus de laquelle il est très rare qu'il s'élève. »

En 1845, dans son mémoire sur la Phlematia alba dolens non puerpérale, Bouchut rapporte l'observation d'un typhique « qui meurt le soixante-quatrième jour de sa maladie après avoir éprouvé pendant trois jours de vives souffrances dans les jambes et dans les mollets. Cette douleur dont l'apparition fut bientôt suivie de l'œdème du tissu cellulaire sous-

cutané reconnaissait pour cause une oblitération des veines profondes de la jambe s'élevant de chaque côté jusqu'à la partie moyenne des crurales ».

Un an après, en 1846, dans *le Bulletin thérapeutique*, Trousseau consacre un article à la phlébite typhique pour en signaler la rareté. « De tous les accidents qui peuvent compliquer la fièvre typhoïde à ses dernières périodes la phlegmatia alba dolens est sans contredit le moins fréquent ». Aussi il désire appeler l'attention des médecins sur cette complication et publie le cas d'une jeune malade atteinte d'une douleur vive dans le membre inférieur gauche pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. « En examinant, on constatait une infiltration séreuse générale du pied et de la jambe avec tension et rénitence de la peau dont la couleur luisante contrastait avec celle du côté opposé. La douleur était peu considérable à la partie antérieure de la jambe, mais elle acquérait au niveau de la veine et surtout à la pression une très grande intensité.

En portant la main dans le creux poplité on sentait un cordon dur et douloureux évidemment formé par la veine poplitée oblitérée. » Traitant dans ses leçons cliniques des œdèmes plus ou moins généralisés que l'on voit survenir parfois dans la convalescence de la fièvre typhoïde et qui, même dans certains cas, s'accompagnent d'ascite et d'albuminurie, Trousseau ajoutait « Mais il est un autre œdème que j'ai observé dans la dothiénentérie et qui est lié à une oblitération veineuse : c'est une véritable phlé-

gmatia alba dolens et tout récemment encore j'en observais un cas chez une ne mes nièces âgée de vingt-quatre ans. Elle fut prise de l'œdème douloureux vers le quarantième jour de sa maladie ».

De 1846 à 1855 s'écoule une période de neuf ans sans que les auteurs apportent de nouvelles contributions à l'étude de la phlébite typhique.

En 1855, Magnus Huss de Stocholm, puis en 1857, Griesinger de Tubingue notent dans leurs écrits qu'il faut désormais considérer la phlébite comme une complication possible de la dothiénentérie, mais il ne rapportent pas d'observations personnelles.

En 1857, Virchow, en Allemagne, expose ses nouvelles théories de la thrombose veineuse et de l'embolie et publie les deux premières observations de phlébites typhiques compliquées d'embolie.

En 1858, Leudet dans un mémoire qu'il fit paraître sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde cite un seul cas d'œdème chez une femme de quarante ans où « la palpation de la partie interne et supérieure de la cuisse permettait de reconnaître, sur le trajet des veines saphène interne et crurale, un cordon dur et douloureux formé par la coagulation du sang dans l'intérieur du vaisseaux ».

De 1857 à 1869, Bourgeois (d'Étampes), Gigon (d'Angoulême), Patry (de Sainte-Maure) et Masserell publièrent des travaux sur les gangrènes des membres ou de la face pendant le cours ou à la suite de la dothiénentérie.

Ces faits de sphacèle sont-ils consécutifs à la

dothiénentérie ? Une telle étiologie est contestable parce que l'oblitération artérielle coïncidait avec l'oblitération veineuse.

En 1860, Werner, dans sa thèse, rapporte un nouveau cas de phlébite au cours de la fièvre typhoïde.

L'année suivante, le Dr Léon Sorbets (d'Aire) publie dans *la Gazette des Hôpitaux* deux nouvelles observations dont l'une concerne une petite fille de dix ans.

En 1862, dans sa thèse inaugurale, le professeur Benjamin Ball cite les deux observations tirées des œuvres de Virchow.

Ces nombreuses observations publiées de toutes parts ont pour effet de modifier l'opinion sur la fréquence de la phlébite typhique. Dans sa thèse d'agrégation, Bucquoy, en 1863, déclare que cette complication de la fièvre typhoïde n'est pas rare à observer.

La thèse de Betke, soutenue à Berlin en 1870, vient confirmer cette assertion. L'auteur signale 24 cas de thromboses veineuses survenues dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

A son tour, Murchinson, en 1873, citait 17 cas de coagulations veineuses qu'il avait pu observer parmi ses malades.

En 1877, MM. Dumontpallier et Leroux publient une intéressante observation de phlegmatia.

La même année, Hie, dans sa thèse, la première consacrée à l'étude de la phlébite typhique, rapporte quatre observations inédites. Cet auteur insiste surtout

sur la gravité du pronostic que comporte une telle complication.

A la même époque d'autres auteurs publient de nouveaux cas. Dupeyron, Chouppe, Widal apportent quelques observations. La thèse d'agrégation de Troisier sur la phlegmatia alba dolens réserve un court chapitre à l'étude de la phlébite typhique.

En 1881, Veillard dans sa thèse réunit six observations nouvelles de phlébite typhique. Pour cet auteur le pronostic n'est pas grave si l'on excepte la possibilité d'une embolie.

Hutinel dans sa thèse d'agrégation de 1883 soutient que la phlegmatia alba dolens est un des accidents fréquents dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Il discute la pathogénie de la thrombose et émet l'hypothèse de la coagulation veineuse d'origine microbienne.

Deux thèses sont passées à Paris sur le même sujet en 1883 par D'Albuquerque Cavalcanti et en 1884 par Cazauvieilh.

Puis de nombreux travaux paraissent qui, sans avoir pour sujet immédiat la phlébite typhique, éclairent d'une lumière nouvelle une des faces de la question. Nous signalerons en Allemagne ceux de Dunin, en France la thèse que Widal soutient en 1889 et qui marque une étape importante dans l'étude de la phlegmatia puerpérale et des phlébites en général.

L'année suivante, Vaquez dans sa thèse complète les données fournies par Widal et étend aux phleg-

matia des cachectiques ce que le précédent auteur avait établi pour la phlegmatia des femmes en couches. A dater de ce moment, les publications se succèdent étudiant la pathogénie, l'anatomie pathologique ou la microbiologie des phlébites.

Parmi celles-ci, il faut noter la communication de Boinet, de Vaquez en 1891, celles de Girode en 1892, et celle très importante de Haushalter en 1893. Enfin, en 1894, Vaquez reprend la question des phlébites dans les cliniques de la Charité. Au Congrès de Bordeaux en 1895, Vincent d'Alger fait une communication sur la bactériologie de la phlébite typhique et conclue que, « contrairement à ce qu'on observe pour d'autres maladies, tuberculose, fièvre puerpérale, la phlébite typhique n'est pas une manifestation de l'agent spécifique de la dothiénenterie, mais est causée par un microbe surajouté, le staphylocoque pyogène ».

Plus tard, cette pathogénie trouve des défenseurs dans des thèses soutenues à Montpellier par Morrachini en 1897, par Muxart en 1899, et enfin par Bru en 1904.

C'est contre cette théorie de l'infection secondaire venant se surajouter à l'infection éberthienne que Morellet s'élève dans sa thèse de 1908 inspirée par le professeur Widal. Pour cet auteur, la phlébite typhique est causée dans la majorité des ca par le bacille d'Éberth.

ÉTIOLOGIE

La fréquence de la phlébite dans la fièvre typhoïde a reçu des interprétations différentes suivant les auteurs. Bouillaud, Louis, Forget, Andral, Chomel, Bouchut qui sont les premiers à la décrire en signalent des cas isolés. Trousseau la considère comme une rareté. Il publiait sa première observation « afin qu'elle pût être ajoutée utilement au petit nombre que possédait la science ». De même, Magnuss Huss et Griesenger indiquent simplement cette complication sans nous en donner la fréquence relative. Leudet dans un mémoire publié en 1858, dit que sur 254 cas de fièvre typhoïde, qu'il lui fut donné d'observer dans une épidémie à Rouen, il vit une seule fois un œdème d'un des membres inférieurs qui pouvait être rattaché à une coagulation spontanée du sang dans la crurale.

Les deux statistiques anciennes les plus importantes sont celles de Betke et de Murchinson. Sur 1420 cas de fièvre typhoïde relevés par l'auteur allemand de 1865 à 1868 à l'hôpital de Bâle il y eut 24 fois complication de thrombose des membres inférieurs, soit une proportion de 1,7 o/o. Voici

maintenant l'opinion de Murchinson : « Le thrombus veineux qu'on observe fréquemment dans le typhus est une complication également fréquente dans la fièvre typhoïde, quoiqu'une opinion contraire ait été exprimée par Stewart et Begbie. L'obstruction de la veine fémorale a été observée dans 1 o/o au moins des cas que j'ai eu à traiter. »

M. Colin a signalé la fréquence de cet accident dans l'épidémie de 1873. Sur 100 fièvres typhoïdes soignées à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Sée du mois d'août 1882 au mois de janvier 1883, il y eut 6 cas de phlegmatia des membres inférieurs. Cet accident a semblé fréquent à Hutinel dans la dernière épidémie et pour lui « il n'est pas douteux que la *phlegmatia alba dolens* soit un des accidents fréquents de la fièvre typhoïde ». Cazauvieilh dans sa thèse pense que la fréquence de la phlébite augmente. En 1904, Thayer donne la proportion de 2,6 o/o.

Cette moyenne est beaucoup inférieure à celle établie par Conner qui fournit la statistique récente la plus importante. Sur 1540 cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital de New-York de 1898 à 1912, cet auteur trouve 78 phlébites soit 5 o/o.

On sait du reste que dans certaines épidémies cette complication a été observée avec une fréquence particulière. Sorbets (d'Aire) a observé l'apparition d'une phlegmatia alba delens à peu de jours d'intervalle sur le père et la fille, convalescents tous deux de fièvre typhoïde.

Gigon d'Angoulême, a pu voir 6 cas d'œdèmes liés à des coagulations dans les veines en l'espace de quelques mois parmi 212 soldats atteints de dothiénentérie.

Arnaudet de même au cours d'une épidémie, a eu 3 phlegmatias à soigner.

A l'hôpital Laënnec, dans le service de Damaschino, 2 malades furent atteintes presque en même temps de cette complication.

Dans l'épidémie parisienne de 1882, Hutinel donne la proportion de 6 o/o.

En 1892, Thoinot a noté 3 thromboses sur 15 cas dans une épidémie de couvent à Grèze (Aveyron).

Vincent étudia un groupe de dothiénentéries qui présenta 8,23 o/o de phlébites.

Enfin, chez des soldats traités à l'hôpital de Pensylvanie pendant la guerre hispano-américaine, Da Costa observa 16 cas de phlébite sur 135 malades, soit près de 12 o/o. Ces chiffres ne s'appliquent qu'aux phlébites classiques à symptomatologie caractéristique.

D'après Conner, si l'on tient compte des formes frustes ne se traduisant que par des manifestations atypiques, on doit admettre que la thrombose veineuse se rencontre dans 10 à 15 o/o des cas de fièvre typhoïde.

L'âge paraît avoir une certaine influence sur l'apparition de la phlegmatia. Cette complication est rare chez les enfants. Bouchard en signale 2 cas dans sa thèse de 1878. Cadet de Gassicourt, dans son

livre sur *les Maladies de l'enfance*, en cite un exemple chez un malade de treize ans.

D'autre part, Sorbets rapporte l'observation d'un enfant de dix ans dont la fièvre typhoïde fut compliquée de phlébite.

Les vieillards, eux aussi, paraissent jouir d'une immunité presque absolue vis-à-vis de la phlegmatia. On ne doit guère s'étonner de ce fait, si l'on songe que les gens âgés paient un faible tribut à la dothiénentérie. C'est donc surtout à l'âge moyen de la vie, entre quinze et quarante ans, que l'on trouve cette complication.

L'éclosion de la phlébite paraît indépendante du sexe des malades. Homolle pense, cependant, que les hommes y sont plus exposés que les femmes. De même Veillard donne une proportion un peu supérieure pour les hommes. Sur un total de 31 cas qu'il a rassemblés, il note que la complication a existé quatorze fois chez des femmes et dix-sept fois chez des hommes. En revanche, Cazauvieilh estime que les deux sexes sont également exposés à la phlébite.

On pourrait croire que le terrain sur lequel évolue la maladie primitive puisse favoriser l'apparition de la phlegmatia.

Cette influence se fait sentir, mais elle est peu marquée. Ainsi les variqueux ont des vaisseaux dont la résistance à l'infection microbienne est amoindrie. De même Meheux a signalé qu'une ancienne phlébite

guérie peut constituer un point d'appel à la localisation d'une nouvelle phlébite typhique.

Si la fièvre typhoïde évolue chez une femme enceinte, les chances de complications veineuses ne sont pas augmentées. C'est du moins la conclusion qui ressort de la thèse du Dr Duguyot, dont nous extrayons les détails suivants : « Sur 36 femmes grosses ayant eu la dothiénentérie avant le septième mois, 20, c'est-à-dire plus de la moitié avortèrent, 2 guérirent et accouchèrent à terme, 13 guérirent sans avorter, une guérit puis accoucha prématurément. Dans les trois derniers mois de la gestation, sur 26 cas il y eut 19 accouchements prématurés, 7 femmes guérirent et accouchèrent à terme. Bien que toutes ces femmes soient restées à l'hôpital un temps assez long à la suite de leurs couches, cependant dans aucun cas on ne voit signaler l'œdème douloureux.

La phlébite peut survenir au cours de toute dothiénentérie, quel que soit son degré de gravité. Tantôt on la voit apparaître dans des cas bénins, alors que rien ne peut faire prévoir une telle complication ; tantôt, au contraire, le malade a été atteint d'une fièvre adynamique de longue durée, la convalescence a été prolongée, traversée à chaque instant par des accidents de toutes sortes. Hie nous dit que c'est à la suite des fièvres sévères que la phlébite survient, au moment où l'organisme est profondément affaibli. Troisier partageait cette opinion erronée que Veillard contribua à détruire.

La phlegmatia a une prédilection marquée pour les membres inférieurs, et surtout pour le membre inférieur gauche. Le tableau que D'Albuquerque Cavalcanti a publié dans sa thèse, donne une idée de la fréquence de la thrombose gauche. C'est la veine crurale qui est le plus souvent atteinte. La phlegmatia peut être simple, c'est-à-dire n'atteindre qu'un seul membre, plus rarement elle occupe les deux côtés à la fois (Chouppe-Murchinson).

Les deux membres peuvent se prendre l'un après l'autre, comme chez une malade de Peter dont Cazauvieilh publie l'observation dans sa thèse. Parfois, comme dans une observation de Guéneau de Mussy, le même membre subit deux atteintes. Chez cette malade, la thrombose avait débuté du côté gauche puis le côté droit s'était pris ; le membre gauche qui pendant ce temps était revenu à l'état normal, recommença à enfler et présenta de nouveau les symptômes de l'affection. Bouchard a soigné un malade dont les quatre membres étaient pris. Ces cas sont rares. Le plus souvent la phlegmatia est limitée à un seul membre. Outre la crurale, elle peut siéger sur le saphène interne ou sur la poplitée. Elle a été signalée sur d'autres veines. Widal père rapporte un cas de phlébite des veines spermatiques. Thomas Cole l'a vu siéger sur la veine innominée ; Bouchard sur les veines du bras droit ; D'Alburquerque Calvacanti sur le membre supérieur ; Vaquez sur les tibiales postérieures ; Veillard sur les sous-clavières.

ÉTUDE CLINIQUE

Notre intention n'est pas de décrire la symptomatologie de la forme classique de la phlébite typhique. Nous voulons insister sur un type peu connu de phlegmatia la forme frissonnante et montrer que l'apparition de frissons et d'une fièvre intermittente pendant la défervescence ou la convalescence d'une fièvre typhoïde, en dehors d'antécédents paludéens, de toute complication locale, de septicémie ou de pyohémie constitue un signe prémonitoire de phlébite.

L'observation personnelle que nous publions est intéressante à ce sujet. Un jeune homme de dix-sept ans est atteint d'une fièvre typhoïde qui peut passer pour normale puisque la première période fébrile n'excède pas quinze jours. La température du soir qui est à 38°6 et celle du matin à 38°2 fait espérer une convalescence prochaine lorsque brusquement éclate un violent accès fébrile en tout semblable à un fort accès de fièvre paludéenne.

Cet accès dure une demi-heure et ne laisse aucune trace. Le lendemain survient un deuxième frisson très comparable au premier. Pendant les quatre

jours suivants, des frissons se répètent toujours d'une grande violence et semblables aux précédents. Après une période fébrile en clochers de cinq jours, deux nouveaux frissons se produisent puis la température baisse graduellement et revient définitivement à la normale au moment où s'installent les symptômes d'une phlébite.

Les observations que nous rapportons présentent le même incident de la courbe thermométrique. Au moment de la convalescence nous y voyons paraître un ou plusieurs grands accès fébriles annoncés par un fort frisson suivis d'une chute brusque de la température. On dirait d'un accès de fièvre paludéenne intercalé dans le tracé d'une fièvre typhoïde. Assurément les irrégularités, les grandes oscillations thermiques sont depuis longtemps connues au déclin de la dothiénentérie. Wunderlich a signalé et décrit ces modifications du tracé thermométrique. Il est ordinaire que le type périodique — quotidien, tierce ou quarte — se place au début.

C'est surtout dans les contrées où les fièvres palustres sont endémiques, c'est surtout chez les individus qui ont quitté ces pays depuis peu de temps que la dothiénentérie peut prendre, à ses débuts, le type intermittent (Trousseau). Toutefois le paludisme est souvent hors de cause. Le type intermittent peut encore se placer au déclin. Jaccoud a signalé 61 fois sur 224 la terminaison par intermittences.

Mais, il faut bien reconnaître que les grands accès

fébriles, dont il est question dans notre cas, ne peuvent être classés dans aucune des catégories établies par Wunderlich.

Ces frissons ont paru deux fois pendant la défervescence et trois fois au début de la convalescence. Dans ces derniers cas, la température était même revenue à la normale depuis plusieurs jours.

L'accès éclate soudainement, tantôt dans la matinée, tantôt dans la soirée, coïncidant alors avec l'exacerbation vespérale. Il n'est annoncé par aucun prodrome. L'état général du malade était satisfaisant et il n'existait aucune complication locale capable de produire cette soudaine élévation de la température.

Le frisson est le premier symptôme. Il peut être extrêmement violent, tel qu'au début de la pneumonie, de la septicémie puerpérale ou d'un grand accès de fièvre paludéenne. Le patient claque des dents, tremble de tous ses membres, secoue son lit, se plaignant d'une sensation de froid intense. Parfois le frisson s'accompagne, quand il est prolongé, de délire avec évacuations involontaires (obs. II). Sa durée varie d'un quart d'heure à trois quarts d'heure. La température monte rapidement même pendant le frisson. Dans les accès que nous avons observés le thermomètre a marqué jusqu'à 41°6. Le stade de chaleur est semblable au stade correspondant d'un accès paludéen. Il dure cependant moins longtemps. Puis apparaît le stade de sueurs.

Chez notre malade les sueurs étaient assez abon-

dantes pour mouiller les draps du lit. La chute de la température se produit rapidement ; en quelques heures elle baisse de plusieurs degrés, mais elle ne s'est jamais rapprochée de la normale. La courbe thermométrique est toujours restée aux environs de 38 degrés. La température a plusieurs fois affecté le type inverse. Nous savons d'ailleurs que les tracés où les maxima se placent le matin, les minima le soir peuvent s'observer au cours des fièvres typhoïdes normales et qu'à eux ne s'attache aucune signification clinique.

Après l'accès, le patient est abattu, mais au bout de quelques heures cet abattement a cessé et le facies n'est pas celui d'un malade gravement atteint. L'état général reste bon et l'exploration la plus minutieuse ne permet de découvrir aucune des complications connues de la fièvre typhoïde. Le tégument est indemne, sans escharres, sans abcès ; on ne trouve aucune porte d'entrée pour une infection secondaire à point de départ cutané. Le foie n'est ni tuméfié, ni douloureux et il n'y a pas de teinte subictérique des téguments. L'abdomen n'est ni plus météorisé ni plus sensible qu'avant l'accès.

Des frissons répétés dans le cours d'un état typhique sont parfois le meilleur indice du développement d'une endocardite infectieuse. Mais notre malade qui a été ausculté chaque jour n'a jamais présenté de signes de lésions valvulaires. Les observations que nous citons ne font pas non plus mention de troubles cardiaques.

L'appareil respiratoire reste indemne du fait même de l'accès fébrile. Cet accès n'est ni accompagné, ni suivi d'une expectoration sanguinolente. Les signes d'une embolie pulmonaire font également défaut.

Enfin il est impossible de découvrir aucun foyer de suppuration.

Un malade peut bien n'avoir qu'un seul accès (obs. IV). Le plus souvent il y a plusieurs accès. Notre malade présenta neuf frissons ; celui de Boulloche atteignit le chiffre de quatorze.

Les accès se succèdent à intervalles irréguliers, sans aucune périodicité. Dans l'observation I, il y a une apparence de type périodique quotidien, puisque les frissons se répètent pendant sept jours consécutifs. Mais à cette semaine fébrile fait suite une période intercalaire de cinq jours sans frissons, suivie d'une nouvelle période de trois jours pendant laquelle se produisent deux autres accès à un jour d'intervalle, suivant le type tierce.

Dans les autres cas, les périodes intercalaires ont varié de un à neuf jours. Pendant ces périodes, l'état général reste satisfaisant, il n'y a aucun indice d'une intoxication profonde du malade.

En outre, le point intéressant de notre observation, c'est que la chute de la température a coïncidé avec l'apparition des symptômes de thrombose veineuse. Il semble donc que la fièvre était sous la dépendance de l'organisation du caillot oblitérant et empruntait

son caractère intermittent à cette origine phlébitique.

Une fois que la thrombose a été constituée, le principe pyrétogène à point de départ veineux étant supprimé, on comprend que les accès intermittents ne se soient pas reproduits.

Dans notre cas et dans celui de Boulloche, la phlébite a été précédée d'une phase prodromique de trois septénaires, pendant laquelle se sont répétés à diverses reprises les mêmes accès fébriles. Parfois les frissons précèdent de moins loin l'apparition de la phlegmatia.

Dans les observations III et IV, l'accès intermittent éclate un septénaire environ avant le début de la complication. Plus rarement les frissons surviennent en même temps que le patient accuse un point douloureux au niveau d'un trajet veineux. Dans ce cas (obs. V) ils se reproduisent plusieurs fois pendant que s'installe la phébite.

En résumé, nous voyons la phlébite typhique affecter, dans l'observation que nous rapportons, un début tout à fait particulier, ne correspondant en rien à la symptomatologie habituellement atténuée de cette complication. Les symptômes initiaux furent, en effet, des plus dramatiques, imposant dès l'abord à l'esprit l'idée d'une septicémie véritable surajoutée à la typhoïde.

A neuf reprises, le malade fut secoué de frissons violents avec élévation intense de la température, claquement de dents et sudation abondante. Puis,

au bout de quelque temps, les phénomènes s'amendaient. L'observation II est la copie fidèle de ce tableau clinique.

La répétition des accès fébriles, leur caractère alarmant, leur signification symptomatique jointe à leur bénignité, tels sont les caractères essentiels qui permettent cliniquement d'individualiser une forme frissonnante de la phlébite typhique.

PATHOGÉNIE

A quelle cause rapporter les accès fébriles de la défervescence ou de la convalescence de la fièvre typhoïde survenant sans raison apparente?

Aucune des complications connues de la dothiénentérie ne peut être invoquée. Il n'en existe pas, en effet, qui imprime une semblable modification au tracé thermométrique et, d'un autre côté, les signes d'une complication locale font défaut.

S'agit-il d'une de ces infections secondaires communes au déclin des maladies infectieuses et particulièrement de la dothiénentérie? L'hypothèse d'une septicémie secondaire doit être discutée. Cette complication se traduit, en effet, par des frissons accompagnés de poussées de température très élevée avec claquement de dents. Mais les accès fébriles se répètent plus souvent et se greffent sur un état général grave.

On n'observe pas entre leur apparition une période intercalaire de plusieurs jours pendant laquelle l'état du malade n'inspire plus d'inquiétude. La septicémie est une complication redoutable de la fièvre typhoïde. Le malade atteint de septicémie secondaire

est complètement abattu, son facies porte la marque d'une altération profonde. La septicémie de la dothiénentérie s'accompagne fréquemment de symptômes pulmonaires, surtout de broncho-pneumonies et de pleurésies purulentes. Ces localisations de l'infection septicémique ont fait défaut dans nos observations. En outre, le tégument est resté indemne; il n'y a eu ni abcès, ni escarres. Or, ces lésions sont souvent la porte d'entrée par où pénètrent dans le sang les microbes de l'infection secondaire. Un argument contre l'hypothèse de septicémie est fourni par la culture du sang. Nous n'avons pas pratiqué d'hémoculture chez notre malade. Mais dans l'observation V, trois ensemencements de sang ont été faits : l'un vers le douzième jour de la maladie, alors que la dothiénentérie était en pleine période d'état, a fourni une culture pure de bacille d'Eberth ; le deuxième a été pratiqué au trente-quatrième jour de l'affection au moment du troisième grand accès fébrile, en pleine poussée de phlébite, par conséquent. Malgré le type fébrile rappelant celui d'une infection générale surajoutée à la typhoïde, l'hémoculture a révélé uniquement la présence du bacille d'Eberth dans la circulation. Enfin, un dernier ensemencement, effectué le 7 mai lors des dernières poussées fébriles, a permis d'isoler encore à l'état de pureté le bacille d'Eberth. La fièvre intermittente ne relève donc pas d'un microbe secondaire du genre du streptocoque ou du staphylocoque.

Bouveret, qui a étudié dans une monographie les

grands accès fébriles de la fièvre typhoïde sans établir leurs rapports avec la phlébite par le mécanisme de l'embolie se demande si ces frissons, avec poussées de haute température, ne relèvent pas « d'une espèce très particulière et très bénigne de la septicémie secondaire, espèce à coup sûr très distincte des formes communes et graves du déclin de la dothiénentérie.

« Sans doute, dit-il, un violent frisson indique très généralement qu'une substance toxique et pyrétogène a brusquement pénétré dans la circulation sanguine. Mais je suis convaincu que dans les cas que j'étudie cette substance procède de l'infection dothiénentérique elle-même, non d'une infection septicémique secondaire. Nous ne voyons pas sur les traces thermométriques un nouveau rythme fébrile se substituer à celui de la fièvre typhoïde. Supposez une septicémie véritable ou bien une lésion locale, infectieuse ou suppurative, il n'est pas douteux que le tracé thermométrique présentera un aspect tout différent. Les follicules lymphatiques de l'intestin, les ganglions mésentériques et la rate paraissent être les principaux foyers où pullule l'agent virulent de la dothiénentérie. Dans ces foyers sont élaborés les principes toxiques et pyrétogènes dont la pénétration dans le sang produit les symptômes propres à l'infection typhique. Dans la majorité des cas, ces foyers se tarissent progressivement ; de là la diminution progressive de la fièvre et des autres symptômes. Il n'est pas invraisemblable que cette marche

régulière de la défervescence puisse être troublée par l'irruption brusque dans le sang d'une dose massive de principes toxiques et pyrétogènes, destinés à une élimination plus lente et plus progressive. A ce résultat peut bien contribuer le rétablissement des circulations locales dans les points lésés de l'intestin, de la rate et des ganglions mésentériques. Il est digne de remarque que les grands accès fébriles se produisent toujours pendant la défervescence, c'est-à-dire au moment où s'accomplit la réparation des lésions intestinales de la fièvre typhoïde. La violence des symptômes de l'accès fébrile et particulièrement du frisson s'explique fort bien par la grande impressionnabilité des centres thermogènes au déclin d'une fièvre de longue durée. On sait que, chez le typhique convalescent, la température est loin d'être stable comme elle l'est à l'état normal ; il suffit d'une cause minime, même d'une émotion morale, pour provoquer une notable oscillation thermique.

« La preuve est faite de l'existence et de la valeur nosologique des infections secondaires. Mais la fréquence en est probablement exagérée. Il n'est pas impossible que dans certaines conditions, l'agent virulent de la maladie première puisse produire quelques phénomènes morbides étrangers au tableau clinique ordinaire de cette maladie. Cette hypothèse est bien permise quand il s'agit de symptômes bien différents de ceux que provoquent habituellement les agents des infections secondaires ».

Conner de New-York donne une autre interprétation des frissons répétés avec brusques et fortes ascensions de température se produisant au cours de la fièvre typhoïde. Il constate d'abord qu'on ne trouve généralement aucune explication satisfaisante à ces frissons. L'ensemencement du sang, reste négatif et le malade finit par guérir ; c'est du moins ce qui s'est produit dans tous les cas observés par l'auteur. Il pense que ces frissons survenant ainsi sans cause appréciable se rattachent à une phlébite, peut-être même pourraient-ils être quelquefois la seule manifestation appréciable d'une embolie. La fièvre serait due à la séparation de menus fragments du thrombus avant l'occlusion de la veine. Conner cite toute une série de cas publiés dans *la Littérature médicale* et dans lesquels les frissons précédèrent ou accompagnèrent une phlébite typhoïdique. C'est ainsi que sur 6 cas de frissons multiples rapportés par Herringham, quatre fois on reconnut nettement l'existence d'une phlébite et dans un cinquième cas les symptômes observés rendaient celle-ci très probable.

Thayer qui a constaté des frissons dans 28 o/o des cas de phlébite typhoïdique, cite 3 cas dans lesquels l'apparition de la phlébite a donné la raison de frissons jusque-là inexplicables.

Pour rendre compte de cette fièvre survenant au cours d'une phlébite latente, Conner invoque certaines expériences, notamment les expériences récentes de Bock, montrant que les injections intraveineuses de certaines substances indifférentes et

stériles, telles que la paraffine à l'état de fine division, sont régulièrement suivies d'une élévation de température. La fièvre intermittente observée à un stade précoce de la phlébite pourrait donc être due à la circulation dans le sang d'embolies microscopiques à point de départ veineux.

Le mécanisme de l'embolie invoqué par l'auteur américain trouve une confirmation dans les observations I et II. Nous y voyons, en effet, les frissons et l'irrégularité de la fièvre céder à l'organisation du caillot thrombosant. Il est difficile, en présence de la coïncidence de ces deux phénomènes, de ne pas établir entre eux un rapport de cause à effet. Les symptômes de phlébite apparaissent-ils, aussitôt cessent les accès fébriles. Cette hypothèse de l'origine phlébitique de la fièvre intermittente paraît d'autant plus plausible qu'aucune autre explication plus satisfaisante ne peut la justifier.

Gouget fait remarquer que l'interprétation proposée par Conner est discutable. Il est certain, dit-il, que, comme l'ont établi les travaux de Widal puis de Vaquez, la fièvre qui précède l'apparition de la phlébite, peut être considérée plutôt comme la traduction de l'infection sanguine qui donnera lieu ultérieurement à la complication veineuse que comme le résultat de celle-ci.

Néanmoins, il semble bien que dans certains cas le passage dans la circulation de menues embolies veineuses puisse seule rendre compte des symptômes observés en clinique et donner la raison des grands accès fébriles observés au cours de la fièvre typhoïde.

DIAGNOSTIC

En présence d'une fièvre intermittente observée pendant la défervescence ou la convalescence de la fièvre typhoïde, le diagnostic peut être hésitant avant l'apparition des signes confirmatifs de la phlébite : l'œdème et la pression douloureuse de la veine.

On pense d'abord à une rechute. Cette complication apparaît, en effet, pendant la convalescence, après quelques jours d'apyrexie complète. Dans les observations que nous empruntons aux auteurs, le malade était en pleine convalescence au moment où il a présenté les accidents fébriles. Pour notre malade et celui de Boulloche, on n'a pas eu à craindre le retour des accidents typhiques.

Les frissons ont éclaté pendant la défervescence avant que la température ne soit descendue au voisinage de 37 degrés. D'autre part, la fièvre ne présente pas les mêmes caractères dans les deux cas. La forme frissonnante de la phlébite est annoncée par une élévation brusque de la température oscillant de 38 à 41 degrés. Le début de la rechute peut être marqué par une ascension brusque de la température qui s'élève d'emblée à son maximum, mais le plus

souvent la courbe ascensionnelle affecte une autre modalité. Tantôt l'ascension se fait rapidement, mais en échelons, tantôt l'ascension est lente, par oscillations ascendantes comme dans la première atteinte. En outre les frissons répétés de la phlébite manquent dans la rechute. Enfin, celle-ci s'accompagne de la plupart des phénomènes de la fièvre typhoïde première. Les taches rosées y sont ordinaires.

Les symptômes digestifs réapparaissent : diarrhée, gargouillement de la fosse iliaque, tuméfaction de la rate. On peut même observer des phénomènes nerveux divers. Dans la phlébite, aucun de ces signes de réinfection typhique n'est constatable.

Des accidents pulmonaires sont susceptibles de déterminer une forte élévation de la température pendant la défervescence de la fièvre typhoïde. Il est facile d'en écarter l'hypothèse par l'examen physique du poumon. La percussion montre l'absence de tout foyer de matité, et à l'auscultation on n'entend ni râles, ni souffle dans l'étendue de la poitrine quand les complications respiratoires ne sont pas en cause.

Des accidents cardiaques peuvent-ils rendre compte de l'hyperthermie ? L'endocardite aiguë ulcéro-végétante. quoique exceptionnelle, existe dans la fièvre typhoïde. Elle s'accompagne d'une température à grandes oscillations, affectant parfois le type intermittent. Mais en ce cas l'auscultation révèle un bruit de souffle siégeant ordinairement à la pointe. La palpation de la radiale montre une accélération anor-

malade du pouls dont les pulsations dépassent le nombre de 150 à la minute.

Enfin l'endocardite infectieuse, dont la symptomatologie est souvent fruste, sera diagnostiquée avec plus de certitude si l'on constate la présence d'embolies dans les artères périphériques. En l'absence de ces divers signes, on ne peut songer à une lésion de l'endocarde.

Le type fébrile de la phlébite rappelle de très près celui des accidents paludéens. Ceux-ci se différencient par la régularité plus marquée de la fièvre qui affecte un type constant, par la durée et la violence plus grande des frissons, par l'abondance des sueurs qui terminent chaque accès et par l'efficacité thérapeutique de la quinine. En outre, la fièvre palustre ne s'observe que chez des individus ayant séjourné dans des contrées où règne la malaria.

Un diagnostic difficile au début est celui d'accidents pyohémiques. Les poussées thermiques élevées avec frissons violents au cours d'une fièvre continue ne sont-elles pas caractéristiques de la pyohémie?

Il faut être prévenu de la possibilité d'une phlegmatia évoluant avec cette allure pour ne pas être dérouté par une symptomatologie bruyante. D'autre part, les complications pyohémiques retentissent sérieusement sur l'état général : le malade est tombé dans une prostration complète ; son facies plombé, ses traits tirés témoignent d'une intoxication profonde de l'organisme aux progrès de laquelle il ne tarde pas à succomber. Pendant la durée de la fièvre

intermittente, l'hémoculture a montré la seule présence du bacille d'Eberth et l'absence des microbes d'infection secondaire. La répétition des accès fébriles durant plusieurs jours et la conservation d'un état général non inquiétant dans leur intervalle feront écarter l'idée d'accidents pyohémiques.

C'est avec la septicémie que le diagnostic présente le plus de difficultés, du moins pendant et aussitôt après le premier accès. Un peu plus tard, nous avons comme éléments d'un diagnostic différentiel : l'intégrité de l'état général, l'absence de complications locales, la marche régulière de la température entre deux accès, l'absence des localisations pulmonaires et pleurales de la septicémie, le défaut de toute lésion du tégument pouvant être la porte d'entrée d'une infection secondaire.

Une dernière cause d'erreur doit être enfin signalée : c'est l'existence d'une pyélonéphrite.

Cette complication peut en effet se traduire par une fièvre à grandes oscillations, persistant pendant une dizaine de jours. Ehkert pense qu'il faut rapporter à cette cause les grands accès thermiques de la convalescence signalés par Bouveret et Frenkel. Mais la pyélonéphrite s'accompagne d'autres symptômes cardinaux qui attireront l'attention du clinicien vers le rein : ce sont la douleur, la pyurie, la tuméfaction des lombes ou de l'hypocondre. Des signes accessoires serviront à confirmer le diagnostic de pyélonéphrite : ce sont la pollakiurie nocturne, la douleur à la miction et les modifications des urines

qui renferment de l'albumine, des cylindres et des cellules du bassinet. L'absence de ces signes conduira à mettre le rein hors de suspicion dans l'origine des poussées de fièvre intermittente.

Nous voyons, en résumé, que les grands accès thermiques qui s'observent au cours de la fièvre typhoïde peuvent être facilement rapportés à leur cause véritable. Quand celle-ci ne pourra être révélée par l'association de plusieurs signes cliniques manifestes, il faudra songer à la possibilité de l'évolution ultérieure d'une phlébite.

PRONOSTIC

L'apparition de grands accès fébriles au décours de la fièvre typhoïde inspire au premier abord des inquiétudes sérieuses. Des frissons répétés avec écarts thermiques très sensibles sont d'autant plus de nature à impressionner le médecin qu'après un examen somatique minutieux, il ne trouve pas de raison capable de les justifier. En présence d'une fièvre intermittente survenant dans la défervescence ou la convalescence d'une fièvre typhoïde, il faudra songer aux diverses complications que nous avons énumérées dans le chapitre précédent. Si elles ne peuvent être légitimement invoquées, l'hypothèse de l'évolution ultérieure d'une phlébite permettra de porter un pronostic rassurant. Les grands accès fébriles d'origine phlébitique n'ont pas de réelle gravité. Notre malade a fort bien guéri. La convalescence a simplement été un peu retardée du fait de sa phlegmatia. La guérison a été également la règle dans les observations que nous citons. Cette bénignité contraste manifestement avec la violence des accès. Au point de vue pratique il est donc impor-

tant d'établir la relation entre la fièvre intermittente et sa nature phlébitique. La forme frissonnante de la phlébite typhique comporte un bon pronostic.

TRAITEMENT

La thérapeutique a peu de prises contre les grands accès fébriles de la fièvre typhoïde. Bouveret conseille la quinine. Elle fut administrée dans les observations qu'il publie du reste sans beaucoup de succès. Nous pensons que l'action de ce médicament se manifestera avec efficacité surtout dans les cas où le typhique sera entaché de paludisme.

Notre malade reçut des injections intraveineuses d'électrargol. On lui en fit deux séries de dix injections chacune à huit jours d'intervalle. La dernière injection coïncide avec la chute de température et l'installation des symptômes de thrombose veineuse.

La phlébite est justiciable de l'immobilisation absolue. Le membre sera placé dans une gouttière métallique ouatée remontant jusqu'au pli de l'aine. Ce n'est que vers la quatrième semaine, au moment où la sensibilité de la veine aura disparu, qu'on pourra entreprendre un massage prudent.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS I (Personnelle).

Fièvre typhoïde d'intensité moyenne — Grands accès fébriles avec frissons et sueurs au moment de la défervescence. Plagmatia alba dolens de la jambe gauche — Cessation de la fièvre intermittente — Guérison —

L. Henri, admis le 7 février 1913 dans le service de M. Talamon à l'hôpital Bichat, salle Bazin, lit n° 30. C'est un jeune homme de dix-sept ans exercant la profession de dactylographe.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, ses parents sont vivants et bien portants. Il appartient à une famille de 10 enfants tous en bonne santé actuellement.

Dans ses antécédents personnels, on relève la diphtérie à l'âge de trois ans et la rougeole contractée deux ans après.

Le début de son affection remonte au 2 février, époque où il a ressenti de petits frissons, de la céphalalgie, des douleurs lombaires et de la courbature.

Dans la soirée du 4, la température s'élève à 39 degrés.

A partir du 5 février, le malade est obligé de rester couché. Aux symptômes précédents s'ajoutent de l'inappétence, un état saburral de la langue, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreille. Il n'y a pas de vomissements, ni d'épistaxis, pas de constipation

ni de diarrhée. Ce jour et le lendemain, 6, la température oscille entre 39 degrés le matin et 40 degrés le soir.

Le 7 février, le malade entre à l'hôpital. A l'examen on se trouve en présence d'un sujet bien constitué, au facies pâle rappelant la teinte chlorotique, fatigué, mais la prostration est peu marquée. Il n'y a y ni tuphos ni obnubilation. La carphologie manque également.

La langue est sèche et fuligineuse, rouge sur les bords, grisâtre au centre. Le ventre est ballonné. On remarque deux ou trois taches rosées lenticulaires peu caractéristiques. La pression de la fosse iliaque droite est douloureuse et fait entendre des gargouillements.

Le foie paraît normal.

Le percussion de la rate révèle une aire de matité occupant l'étendue de deux travers de doigts.

Le pouls est bien frappé, mais légèrement dicrote. Il bat à 100. Les bruits du cœur sont réguliers et s'entendent bien. Il n'y a pas de souffle. L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal. Les urines sont abondantes. Elles conserveront, du reste, ce caractère durant toute l'évolution de la maladie pendant laquelle la quantité des urines atteindra toujours 2 litres. En même temps, leur couleur est foncée. Elles renferment de l'albumine et de l'indican. Le disque d'albumine est évalué à 0 gr. 75 par litre. Il n'y a pas de sucre. La diazo-réaction est négative.

La température présente le type inverse. Elle est à 39°2 le matin et 38 degrés le soir.

On ne fait pas de séro-diagnostic, mais le diagnostic de fièvre typhoïde est certain.

Le cas paraissant peu sévère, le malade n'est pas soumis

au traitement par les bains, ordinairement employé dans le service. On institue un traitement par les antipyrétiques en choisissant l'aspirine et en prescrivant un cachet de 0 gr. 50 toutes les fois que la température prise toutes les trois heures dépasse 39 degrés. Le 7, le malade ne prend que deux cachets.

8 février. — L'état est satisfaisant. Le pouls est à 100. La fièvre présente toujours le type inverse et manifeste une légère tendance à l'élévation. Le malade prend trois cachets d'aspirine.

9 février. — L'état général reste le même. Le malade conserve sa pâleur cireuse, mais il dit qu'il a toujours présenté ce teint. La température monte.

10 et 11 février. — État stationnaire; la courbe de θ semble se régulariser, mais la fièvre résiste davantage à l'action de l'aspirine et il est nécessaire de donner huit cachets de 0 gr. 50.

12 et 13 février. — L'élévation thermique est plus accentuée. Le thermomètre marque 41 degrés le soir. L'état général ne semble pas s'aggraver, les urines restent abondantes.

14 et 15 février. — Il se produit un abaissement thermique prononcé esquissant une défervescence, mais la fièvre qui cède à l'aspirine reparaît peu après l'absorption des cachets. Les urines, foncées au début, sont devenues très claires. Elles sont émises en abondance, 2.500 grammes en vingt-quatre heures. Le pouls reste dicrote. Il bat à 120.

16 février. — La température oscille autour de 39 degrés. Le malade paraît en voie d'amélioration. Il n'a pas d'in-

somnie et six cachets au lieu de huit ont suffi pour maintenir son équilibre thermique.

17 février. — A 5 heures de l'après-midi, sans qu'aucun symptôme prodromique ne puisse le faire prévoir, le patient est pris d'un frisson très intense avec claquement des dents. Ce frisson parcoure le malade des pieds à la tête et secoue le lit lui-même. Il ne dure pas moins d'une demi-heure et se termine par une sudation abondante. Au moment de l'accès fébrile, la température s'élève à 41°6. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, d'aucun trouble fonctionnel et l'examen des organes ne permet de relever aucune complication. L'accès passé, il reste un peu d'abattement, mais l'état général ne présente rien d'alarmant. La langue est un peu sèche. Ce jour on a noté 4 selles diarrhéiques. Il y a de l'insomnie. Le pouls, toujours dicrote, est moins rapide à 114. Les urines de vingt-quatre heures atteignent 2.500 grammes.

18 février. — A 11 heures du matin éclate un second frisson avec claquement de dents aussi violent que le premier. Il dure un quart d'heure et se termine par une sudation copieuse. Le soir, la température atteint 41°2. L'examen des différents appareils reste négatif. On ne peut rien noter d'autre que la présence de quelques râles de bronchite avec submatité à la base du poumon gauche. Le traitement par l'Aspirine est suspendu. On s'adresse à l'électrargol et on pratique une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes.

19 février. — Toisième frisson solennel, à 10 heures du matin, semblable encore aux précédents.

20 février. — Reparaît un nouvel accès caractérisé par deux frissons violents apparus l'un dans la matinée, l'autre à

5 heures du soir. L'accès ne dure que quelques heures et le soir le thermomètre ne marque que 38°8.

21 février. — Eclate un sixième frisson à 4 heures du soir, celui-là plus intense que tous les autres. Il dure plus d'une demi-heure et s'accompagne d'un violent claquement de dents avec tremblement des membres. Le lit est secoué avec force.

A ce stade de chaleur succèdent des sueurs abondantes.

Le 22, septième frisson semblable aux autres à 5 heures du soir. Il ne dure guère que quinze minutes.

23 février. — Pas de frisson. On suspend les injections d'électrargol.

Du 24 au 27 la température oscille en clochers s'élevant le matin pour descendre le soir. Aucun symptôme fonctionnel ou physique ne peut être signalé. Les bruits du cœur sont normaux et réguliers. Les quelques râles de la base du poumon gauche ont disparu. L'abdomen est souple et indolore. Rien du côté des centres nerveux. Le tégument externe est indemne ; il n'y a ni abcès, ni escharres.

Du 28 février au 2 mars, deux frissons identiques aux précédents reparaissent. Le 2 mars on institue une nouvelle série d'injections intra-veineuses d'électrargol.

Du 3 au 9 mars s'étend une période durant laquelle la température qui, par moment, s'élevait à 40 n'est jamais descendue aux environs de la normale. Elle a présenté pendant ce temps des oscillations continues et irrégulières mais elle n'a pas été traversée de frissons.

10 mars. — La température s'abaisse brusquement à 37°2 et à dater de ce jour on ne voit plus survenir d'accès fébrile. L'apyrexie presque définitive est obtenue. Mais cette chute

de la fièvre s'accompagne d'un phénomène critique important. Le malade se plaint d'une douleur très violente dans le mollet du côté gauche. La palpation révèle un point douloureux à ce niveau ainsi qu'au creux poplité. On ne sent pas de cordon dur. Il y a un léger œdème plus marqué au niveau de la malléole. Très probablement il s'agit d'une phlébite.

Les jours suivants, les signes de phlegmatia s'affirment et se complètent. On constate l'apparition d'un œdème blanc qui, parti de la malléole, gagne bientôt tout le membre gauche et le déforme en cylindre. La jambe et la cuisse sont très augmentées de volume. Le doigt y laisse son empreinte. La douleur est surtout vive au niveau du mollet. On ne perçoit pas la veine indurée.

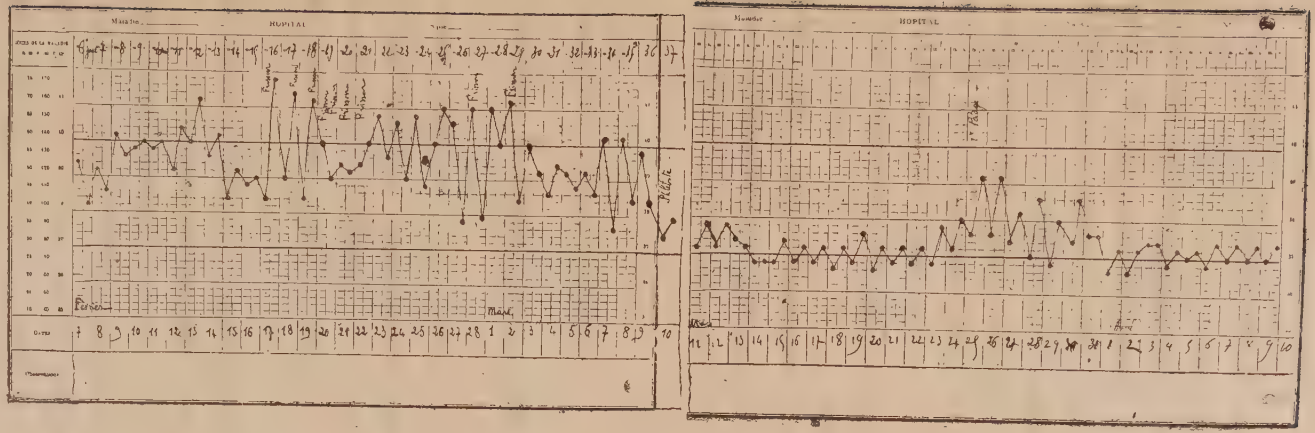
Au genou existe une hydarthrose marquée. On ne décèle aucun trouble de la sensibilité.

16 mars. — On immobilise le membre dans une gouttière ouatée.

25 mars. — L'apyrexie se maintenant depuis quinze jours, on commence l'alimentation du malade en lui donnant un premier potage. Sous cette influence, il se produit pendant quelques jours de petites irrégularités de la courbe thermique mais le 1er avril l'apyrexie est complètement réalisée. A cette date l'œdème de la jambe commence à diminuer.

5 avril. — La phlèbite va beaucoup mieux. L'œdème décroît rapidement. L'empreinte laissée par le doigt sur la jambe est moins marquée. Le pied est sec. Au genou, le choc rotulien a disparu. La pression du mollet ne réveille plus de douleur. La cuisse est encore tuméfiée.

10 avril. — L'œdème continuant à rétrocéder, on supprime la


HOPITAL
HOPITAL

gouttière et on commence la mobilisation et le massage de la jambe malade.

25 avril.— L'œdème a diminué sensiblement sous l'influence du traitement mais le malade ne s'est pas encore levé. Son appétit est excellent, ses forces apparaissent et son poids augmente considérablement.

2 mai. — Le malade quitte le lit pour la première fois mais à peine a-t-il fait quelques pas dans la salle qu'il ressent une douleur au mollet avec sensation de lourdeur dans tout le membre. On prescrit le repos absolu au lit et on continue le massage.

5 mai.— La douleur du mollet a disparu sous l'influence du traitement et du décubitus horizontal. Le malade demande à sortir de l'hôpital. Il est en excellente voie de guérison.

OBSERVATION II (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Boulloche).

Mme X..., trente-neuf ans, est prise, trois semaines après l'absorption de coquillages, de malaises, courbature, troubles intestinaux, fièvre élevée. La prostration est à peine marquée. En somme il s'agit d'une fièvre typhoïde à allure bénigne.

Le séro-diagnostic est positif. Pendant les trois premiers septénaires l'évolution est normale.

Il ne se produit aucun incident. Pas de complication locale. Les bains donnés à 30 degrés sont bien supportés.

Au vingt-deuxième jour survient une abondante hémorragie intestinale. La malade rend deux bassins pleins de

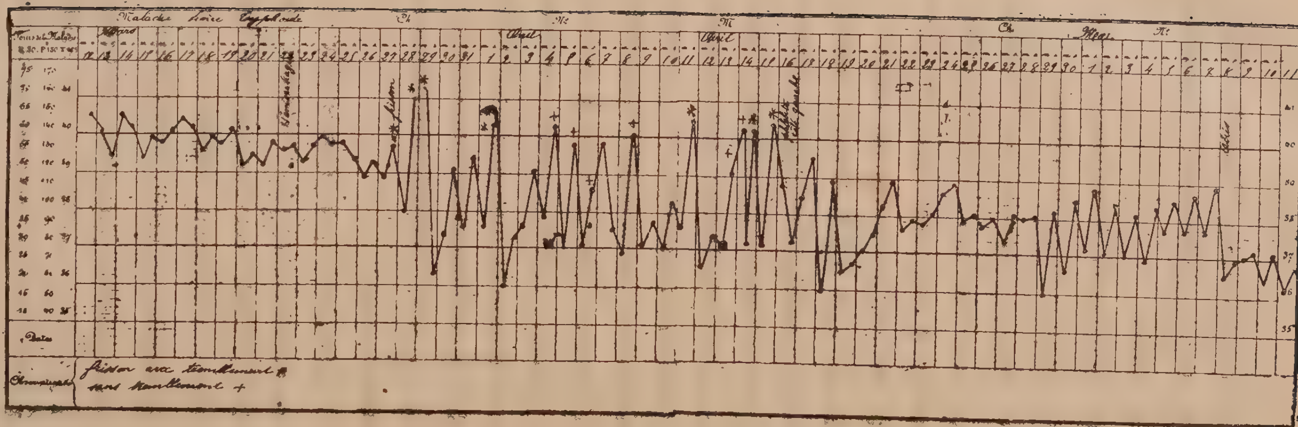
sang et présente tous les signes d'une abondante perte sanguine. Le teint est pâle, l'abattement augmente et le pouls devient petit et rapide.

On supprime les bains et la suppression sera définitive. L'hémorragie cesse au bout de trois jours.

A dater de ce moment on pouvait espérer la défervescence prochaine, quand survient une complication des plus imprévues. Le 27 mars, soit cinq jours après l'hémorragie intestinale, la malade est prise brusquement, vers 6 h. 1/2 du soir, d'un violent frisson avec tremblement de tout le corps. Ce frisson dure vingt minutes. Les frissons se renouvellent deux jours de suite puis d'autres apparaissent à des intervalles inégaux, jusqu'au 15 avril. Il se produit en tout 14 frissons, dont 8 avec tremblement des membres. Les oscillations thermiques sont très marquées. La température atteint 41 degrés. Certains de ces frissons plus intenses que les autres sont accompagnés de délire et d'évacuations involontaires. Leur durée varie entre quinze et quarante-cinq minutes. Ils sont suivis de bouffées de chaleur et de sueurs extrêmement abondantes. Une fois passés, la malade accuse une sensation de fatigue et d'anéantissement.

Pendant cette période de quinze jours l'état général n'est jamais très inquiétant. Il n'y a pas d'adynamie, aucun trouble fonctionnel du côté du cerveau, de l'abdomen ou du thorax. L'examen des différents organes se montre négatif et impuissant à justifier les grands accès fébriles.

16 avril. — Apparaît un phénomène nouveau. Au milieu de la nuit la malade est réveillée par une douleur violente siégeant au niveau de la jambe gauche. Le matin on constate tous les signes d'une phlébite. L'immobilisation du


Mars
Avril
Mai
frisson avec tremblement *
sans tremblement +

membre dans une gouttière est pratiquée. A dater de ce jour les frissons cessent. La fièvre est entretenue quelque temps par un point de périostite sur la jambe droite et par un gros abcès de la fosse ischio-rectale à point de départ hémorroïdal. Mais après ouverture de l'abcès dans la région anale, l'apyrexie est définitivement obtenue. L'œdème rétrocède rapidement sous l'influence de l'immobilisation et les signes de phlébite ne tardent pas à disparaître. La malade va entrer en convalescence.

OBSERVATION III

(*In* thèse de Cazanvieilh.)

Z... (Mathilde), âgée de dix-huit ans, entre le 2 avril 1884 dans le service de M. Barth, hôpital Tenon, salle Magendie, lit n° 8.

Elle est au sixième jour d'une fièvre continue qui évolue sans incident notable, et elle pouvait se considérer comme guérie, lorsque au trente et unième jour, après un septénaire d'apyrexie complète, elle est prise d'un frisson intense suivi d'une exaspération subite de la température qui monte à 40 degrés et s'y maintient pendant deux jours. On ne trouve rien dans l'état des organes qui puisse expliquer cet accès de fièvre, et d'ailleurs la température ne tarde pas à devenir normale.

6 mai. — Quarantième jour de la maladie, nouveau frisson, nouvelle élévation thermométrique. Le surlendemain, les mêmes phénomènes se reproduisent avec une intensité plus grande encore, puisque la température du matin était

41°4, celle du soir 41°8. Étions-nous en présence d'une rechute ou d'un accès de fièvre intermittente. L'indolence du ventre, l'absence de diarrhée et de taches fit abandonner la première hypothèse.

La deuxième était possible, étant donné l'allure à type tierce de l'accès. Mais l'apyrexie n'avait point été complète dans le jour intercalaire.

La malade était depuis peu en France et venait directement des hauts plateaux de la Suisse où les affections paludiques sont à peu près inconnues. De plus, la malade se plaignait d'une douleur peu intense, il est vrai, occupant la région interne de la cuisse gauche.

L'inspection du membre inférieur fit constater un œdème mou, occupant le pied et la jambe, peu douloureux au toucher, sauf à la région poplitée et inguinale, où l'on sentait un cordon dur formé par la veine fémorale, l'artère battant à côté de la veine.

10 mai. — Le frisson se répète, la température reste élevée malgré la médication par le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. Le membre gauche est notablement plus volumineux que le droit, l'œdème reste toujours limité au pied et à a jambe, la peau a conservé sa coloration normale, elle est sèche au toucher et atteinte de desquamation épidermique.

La température descend jusqu'à atteindre la normale le 14. Mais le soir nouveau frisson et élévation thermique atteignant 40°5. Sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 pendant deux jours.

A partir de ce moment, les phénomènes généraux cessent de se montrer, seul l'œdème douloureux persiste. Néanmoins, on ne sent plus le cordon de la veine fémorale, la cir-

culation collatérale qui s'était établie entre les veines de la cuisse et celles de l'abdomen s'efface peu à peu et le gonflement se localise au pied et à la partie inférieure de la jambe.

Lorsque la malade réclame sa sortie, le 8 juin, elle peut marcher sans trop de douleur, mais l'œdème du pied apparaît le soir sous l'influence de la fatigue.

OBSERVATION IV

(Bouveret, *Lyon médical*, 1892.)

Marie C..., âgée de trente-trois ans, admise à l'Hôtel-Dieu le 3 septembre, sortie guérie le 16 octobre 1890. Depuis six mois, cette femme a d'abondantes hémorragies.

A la charité, où elle est entrée depuis quelques jours, on reconnaît le début d'une fièvre typhoïde et la malade nous est adressée à l'Hôtel-Dieu. La dothiénentérie est à peu près au huitième jour. La malade est baignée malgré ses hémorragies, et, dans l'intervalle des bains, on applique des vessies de glace sur l'abdomen.

Une grosse tumeur, dure, bosselée, développée aux dépens de l'utérus, s'élève à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis. Il s'agit de corps fibreux. L'hémorragie utérine est peu abondante, mais continue. Quelques râles sonores dans la poitrine.

Pouls à 120, égal et régulier. Rien au cœur.

Assez forte albumine. Température à 40°6 le soir du huitième jour.

Pas de taches rosées. Assez forte diarrhée.

4 septembre. — Apparition des taches.

5 septembre. — La métrorragie diminue sous la double

influence des bains et des applications de glace sur le ventre. Les bains sont d'abord à 25 puis 20 degrés ; vers la fin du traitement, ils sont de nouveau à 25 degrés.

6 septembre. — L'abdomen est moins météorisé, la diarrhée a beaucoup diminué, et la métrorragie a cessé tout à fait.

Quelques râles sonores aux bases des poumons.

11 septembre. — Léger érythème des fesses.

La température qui avait notablement baissé pendant quelques jours se relève de nouveau un peu au-dessus de 39 degrés.

14 septembre. — L'état général est excellent, il n'y a aucune complication. Encore un peu de diarrhée, 4 grammes de salicylate de bismuth.

17 septembre. — L'urine contient encore des traces d'albumine ; quelques râles aux bases des poumons : deux ou trois petites pustules d'ectyma au siège, d'ailleurs rapidement desséchées.

27 septembre. — L'apyrexie est obtenue ; la température a été normale matin et soir dans la journée d'hier. L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible.

1er octobre. — Dans la matinée, au moment de la visite, dans son lit, avant de s'être levée, la malade est prise d'un violent frisson avec claquement des dents et tremblement des jambes. Quelques minutes après le début de ce frisson, la température est montée à 40°9 ; la veille au soir elle était à 37°2. Le pouls est à 120, faible et dépressible, mais il n'y a pas de refroidissement des extrémités. Un gramme de sulfate de quinine.

2 octobre. — La fièvre tombe à 39°3 le matin et 38°6 le

soir. L'état général est très bon. L'examen de tous les organes ne permet de découvrir aucune complication.

3 octobre. — La température est normale le matin et le soir, elle ne dépasse pas 38°2. A dater de ce jour, l'apyrexie définitive est obtenue ; deux fois seulement la température atteint 38 et 38·1.

7 octobre. — Le malade se plaint d'une légère douleur dans le mollet droit qui présente un peu de tuméfaction. Très probablement il s'agit d'une phlébite. Immobilité au lit.

16 octobre. — La malade est complètement apyrétique depuis plus de huit jours. Elle ne souffre plus de sa jambe dont l'œdème a presque complètement disparu. Elle se considère comme tout à fait guérie, et, malgré nos avis, elle quitte l'hôpital un peu trop tôt. Nous avons revu la malade en mars 1892. Elle n'a pas eu de rechute ni d'accidents d'aucune sorte après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION V

(*In* thèse de Morellet.)

*Fièvre typhoïde d'intensité moyenne. — **Phlébite à poussées successives, survenue pendant la défervescence avec reprise de la septicémie éberthienne.***

X..., âgé de vingt-huit ans, est pris vers le milieu de mars 1907 de fièvre typhoïde légitime. Après un début de cinq jours durant lesquels la température s'élève progressivement de 37 à 40 degrés, la maladie est constituée avec sa symptomatologie classique. La fièvre oscille entre 39 à 40 degrés, la

prostration est marquée, la langue sèche, la céphalée continuelle ; le ventre est météorisé et douloureux dans la fosse iliaque droite ; il y a de la diarrhée. Vers le douzième jour, les taches rosées apparaissent. L'ensemencement du sang pratiqué à ce moment est positif et fournit une culture pure de bacille d'Eberth ; le séro-diagnostic est positif à 1/0, le diazo-réaction également positive.

Malgré l'apparition de deux hémorragies intestinales survenues le 2 et le 5 avril, la maladie ne semble pas sévère ; le pouls est resté constamment régulier, fort et bien frappé, battant aux environs de 90 ; les urines sont abondantes et ne renferment plus d'albumine dès le dixième jour ; la bronchite est à peine appréciable.

Dès le 3 avril d'ailleurs, la température commence à tomber régulièrement, s'abaissant tous les jours d'un demi-degré environ, en même temps que l'état typhoïde tend à disparaître.

7 août. — La température atteint le matin 36 degrés et durant quatre jours se maintient à ce chiffre s'élevant le soir seulement au-dessus de 38 degrés.

Le malade se sent beaucoup mieux ; la diarrhée a cessé ; la langue est humide.

10 avril. — Plus de vingt-quatre jours après le début de la typhoïde, la température qui était le matin à 37 degrés s'élève brusquement le soir à 39°1 ; en même temps un grand frisson apparaît durant plus d'une demi heure secouant littéralement le malade dans son lit. Le pouls bat à 100. Le faciès est profondément altéré, le nez pincé, les yeux excavés. L'examen minutieux du malade à ce moment ne révèle absolument aucune localisation si ce n'est l'existence d'*une*

douleur fixe mais peu intense dans la fosse iliaque gauche profondément. Au bout de quelques heures la température s'abaisse à 38°2 en même temps que des sueurs profuses apparaissent.

11 avril. — Les mêmes phénomènes se produisent. La température vers 8 heures du matin s'élève brusquement à 40°1 en même temps qu'un grand frisson reparaît. Durant quelques heures les phénomènes généraux sont très graves et rappellent ceux du collapsus cardiaque : pâleur extrême, refroidissement des extrémités, facies péritonéal ; puis la température s'abaisse aux environs de 39 degrés en même temps que survient le stade de sueurs. L'examen du malade montre que la douleur s'est étendue de la fosse iliaque gauche vers la cuisse et présente son maximum au niveau de l'arcade crurale. Il n'existe pas d'œdème du membre inférieur mais simplement une légère infiltration de la peau à la racine même de la cuisse. Après une nuit tranquille, le malade se sent mieux.

12 avril. — La température est à 37°6 le matin, à 38°2 le soir.

13 avril. — Elle tombe le matin à 36°6, le soir elle est à 37.

La douleur persiste à la racine de la cuisse sur le trajet de la veine fémorale. Toujours pas d'œdème du membre inférieur.

14 avril. — L'amélioration persiste. Température du matin 36°2, du soir 36°8.

15 avril. — Le malade est vu en consultation avec M. les professeurs Dieulafoy et Chantemesse, et avec le Dr Goldschmitt. Brusquement, à 3 heures de l'après-midi, un frisson

plus intense et plus prolongé encore que les précédents secoue le malade ; la température prise à ce moment est à 40 degrés. L'état général est en même temps très grave. La prostration est extrême, le teint terreux et livide, le visage contracté, les extrémités froides. Cet état persiste pendant le reste de la journée et de la nuit.

16 avril. — A 9 heures du matin, la fièvre s'abaisse à 38 degrés. Brusquement, un quart d'heure après, un frisson très intense reparaît et la température en quelques minutes atteint 40°4. On pratique à ce moment une injection intra-veineuse de collargol. L'accès ne dure que quelques heures et le soir le thermomètre ne marque plus que 38°6.

17 avril. — Elle oscille autour de 38 degrés et tombe le 18 à la normale où elle se maintient durant trois jours.

Les phénomènes toujours locaux ont un peu augmenté : la douleur nettement localisée à la racine de la cuisse se retrouve également au niveau du triangle de Scarpa.

En cette région, la peau est manifestement œdématiée, la cuisse mesure 2 cm. 5 de plus que du côté opposé et les moindres mouvements du membre réveillent la douleur.

21 avril. — La température qui, à 7 heures du matin était à 36°2, s'élève brusquement à 40°4 en même temps que reparaissent le grand frisson et les symptômes alarmants qui ont caractérisé les accès précédents.

Ces symptômes persistent pendant plusieurs heures et ce n'est qu'à minuit que l'état général s'améliore un peu en même temps que la température s'abaisse à 38°2.

22 avril. — Elle tombe à 36°8. On pratique à ce moment une nouvelle injection de collargol. Durant deux jours, 22 et

23 avril, l'état général est meilleur, la fièvre oscille autour de 38 degrés.

24 avril. — Elle est à 37°4 le matin, le soir le frisson reparaît et le thermomètre marque 40°5. Le frisson persiste pendant trois quart d'heure en même temps que reparaissent les phénomènes de collapsus ; quelques heures après, la température tombe brusquement à 37°2. Aucune modification dans l'état local.

26 avril au 1er mai. — On pratique 3 injections intra-veineuses de collargol. L'état général est meilleur, le malade peut reposer pendant la nuit. La température se maintient entre 37 et 38 degrés.

Puis survient une nouvelle période étendue du 2 au 14 mai durant laquelle des accès identiques aux précédents reparaissent : deux sont écourtés, ne durent que quelques heures, reproduisant le tableau classique des accès intermittents : en quelques minutes la température passe de 37 degrés à plus de 40 degrés, s'y maintient quelques heures puis tombe brusquement à 38 degrés d'abord, puis à 37 degrés.

Les autres accès sont survenus de façon subintrante du 7 au 14. La température qui, par moment s'élevait à 40 degrés, ne s'est jamais maintenue aux environs de la normale, pendant une journée entière. Elle a présenté pendant ce temps des oscillations continues et irrégulières.

14 mai. — La température qui la veille au soir atteignait 39°4, s'abaisse à 37°2, et à partir de ce moment on ne voit plus survenir d'accès fébrile.

Une véritable hypothermie de convalescence s'établit même, le malade ne dépassant pas 36°4 durant plusieurs jours et ce n'est que le 26 mai que la température reprend

son degré normal. Les phénomènes locaux, douleur et œdème de la racine de la cuisse ont survécu quelques jours à la disparition de l'état général grave.

20 mai. — On peut mobiliser légèrement le membre malade et très rapidement les symptômes de phlébite rétrocèdent.

Un mois après, la guérison était complète. Durant le temps qu'a évolué la fièvre typhoïde trois ensemencements de sang ont été pratiqués par M. Abrami : l'un vers le douzième jour de la maladie alors que la dothiénentérie était en pleine période d'état a fourni une culture pure de bacilles d'Éberth ; le second au trente-quatrième jour de l'affection lors du troisième grand accès fébrile, en pleine poussée de phlébite par conséquent. (Malgré le type fébrile rappelant celui des états pyohémiques et pouvant faire craindre la typhoïde, l'hémoculture a révélé uniquement la présence du bacille d'Éberth dans la circulation.)

Enfin, un dernier ensemencement effectué le 7 mai, lors des dernières poussées fébriles, a permis d'isoler encore à l'état de pureté le bacille d'Éberth.

CONCLUSIONS

A côté des formes classiques de la phlébite typhique, il en est une dont le début est très particulier et qui mérite le nom de forme frissonnante.

Elle est caractérisée par l'apparition au cours de la défervescence ou de la convalescence de la fièvre typhoïde d'une fièvre intermittente à grandes oscillations, s'accompagnant de frissons solennels avec claquements de dents et sudation parfois abondante.

Les grands accès fébriles peuvent se répéter plusieurs fois, mais à des intervalles inégaux, différant ainsi des accès paludiques.

Malgré leur caractère alarmant, ils ne doivent pas induire en erreur le médecin qui les considérera comme les prodromes possibles d'une phlébite. Ils céderont du reste à l'apparition de la phlegmatia, justifiant la bénignité du pronostic qui s'attache à la forme frissonnante de la phlébite typhique comme à toutes les formes de phlébite venant compliquer la dothiénenterie.

Vu : le Président de la thèse,
THOINOT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

A. Dellac

BIBLIOGRAPHIE

1823. Bouillaud.— De l'oblitération veineuse et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général (Archives gén. de médecine, 1823).

1837. Chomel. — Leçons de clinique médicale, 1837, t. I.

1844. Bouchut. — Mémoire sur la phlegmatia alba dolens (Gazette médicale de Paris, 1844).

1845. Bouchut. — Mémoire sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et les maladies chroniques (Gazette médicale de Paris, 1845).

1846. Trousseau. — Bulletin thérapeutique, 1846. Cliniques médicales Hôtel-Dieu, 1846.

1857. Lasègue. — Exposé des théories du professeur Virchow Thrombose et embolie (Archives générales de médecine, 1857).

— Wirchow. — Gesammelte Abhaudlung zur Wissench (Medizin. Franckfurt, 1857).

1858 Leudet. — Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde (Archives gén. de médecine, 1858).

1860. Werner. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1860.

1861. Gigon (d'Angoulême). — Union médicale, 1861.

Léon Sorbets. — Phlegmatia alba dolens survenant dans deux cas de fièvre typhoïde (Gazette des hôpitaux, 1861).

1862. Benjamin Ball. — Des embolies pulmonaires. Thèse d'agrégation, 1862.

1863. Bucquois. — Thèse d'agrégation, 1863.

1868. Griessenger. — Traité des maladies infectieuses.

1870. Betke. — Die complicationey des abdominal typhus Thèse de Berlin, 1870.

1873. Murchinson. — De la fièvre typhoïde, 1873.

1875. Girardot. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1875.

— Martineau. — Sur un cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde (Gazette hebdomad., 1875).

1877. Chouppe. — Note sur deux cas de phlegmatia alba dolens, à la suite de fièvre typhoïde (Gazette médicale, Paris, 1877).

— Dumontpallier. — Des coagulations intra-veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde (Gazette des hôpitaux, Paris, 1877).

Hie. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1877.

— Leroux (Ch.). — Bulletin de la société anatomique, 1877.

— Widal. — Phlébite de la veine spermatique chez un typhique (France médicale, 1877).

1878. Letulle. De l'hydarthose dans la phlegmatia alba dolens (Bulletin soc clin., 1878).

1880. Troisier. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse d'agrégation.

1881. Levèque. — Des complications dans la convalescence de la typhoïde. Thèse de Paris, 1881.

— Veillard. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1881.

1883. D'Albuquerque Cavalcanti. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1883.

— Hutinel. — La convalescence et les rechutes dans la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation.

1884. Cazauvieilh. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1884.

1886. Dunin. — Sur la cause des suppurations et des thromboses veineuses dans le cours de la fièvre thyphoïde. (Deutcht. Arch. für Klin. med. B. XXXIX, 1886).

1889. Widal. — Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Thèse de Paris, 1889.

1890. Arnaudet. — Trois cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde (Normandie médicale, 1890.)

— Vaquez. — Pathogénie des thromboses. Thèse de Paris, 1890.

1892. Labaste. — Complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1893.

— Meheux. — Des récidives des phlébites. Thèse de Paris, 1892.

— Bouveret. — Sur les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde (Lyon médical, 1892).

— Frenkel (H.). — Sur les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde (Lyon médical, 1892).

1893. Dehu. — Étude sur le rôle du bacille d'Éberth dans les complications de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris.

— Girode. — Fièvre typhoïde. Thrombose des deux iliaques, thrombose méningo-cérébrale (Soc. anatomique. Paris, 1893).

1894. Vaguez. — Leçons cliniques et mémoires de la clinique médicale de la Charité, 1894.

18. ster. — Fièvre typhoïde. Thrombose des deux veines fémorales, abcès du poumon et de la rate (Brit. med. J. 18 mai 1895).

— Lannois. — Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde (Revue de méd., nov. 1895).

— Vincent. — Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde (Semaine médicale, 21 mars 1895).

1896. Da Costa. — Un cas de phlébite et de périostite, suite de fièvre typhoïde (Journal Americ. med. assoc., 21 déc. 1896).

1897. Cornil et Marie. — Congrès international de Moscou, 1897.

Letulle. — Anatomie pathologique, 1897.

Lépine et Lyonnet. — Phlegmatia alba dolens consécutive aux injections intra-veineuses de toxines typhiques (Lyon médical, 8 août 1897).

Morrachini. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1897.

1898. Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Gallois. — Des formes frustes de la phlébite (Bulletin médical, 5 juin 1898).

1899. Bessière. — Etude sur quelques cas de fièvre typhoïde anormale ou compliquée. Thèse de Paris, 1899.

Muxart. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1899.

1900. De Luna. — Considerazioni su di un caso di fibra tifoïde a phlegmatia alba dolens (Guazigione Suppl. al. policlini. Roma, 1900).

1901. Favre. — Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites et en particulier de la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1901.

Renou. — Complications rares ; pyléphlébites dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1901.

1902. Armstrong. — Case of typhoid fever complicated by a thrombo phlebitis of the lang sophenous vein, a severe hemorragie fram the bowel infection of the clat with recovery (J. Am. M. Ass. Chicago, 1902, XXX, VIII).

— Arnaud. — Gangrène du membre inférieur gauche au cours d'une fièvre typhoïde, thrombose de l'artère et de la veine fémorale (Marseille médical, 1902).

— Censier. — Quelques réflexions sur la pathogénie des phlébites (Revue de médecine, 1902).

— Sajot. — Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et leurs branches. Thèse de Paris, 1902.

— Wright et Knapp. — A note an the causation and treatement of thrombosis occurring in connexion with typh. fever (Lancet, 6 déc. 1902).

1903. Auclair. — Recherches sur les poisons microbiens (Archives de médecine expérimentale, nov. 1903).

1904. Bru. — De la phlegmatia alba dollens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1904.

— Lemierre. — L'Ensemencement du sang pendant la vie, procédé d'investigation clinique. Thèse de Paris, 1904.

— Tayer. — Veinous thrombosis occurring in the cause of typhoid fever (New-York Med. New, oct. 1904).